

Consentimiento para recibir tratamiento del departamento de Salud Pública del condado de Clackamas

Nombre del paciente _____

Consentimiento para recibir tratamiento:

Le doy mi permiso al personal de enfermería, trabajadores de salud de la comunidad y asociados del departamento de Salud Pública del condado de Clackamas, para que me den el servicio de visitas a domicilio a mí o a mi hijo(a). Doy mi consentimiento para todas las intervenciones, incluyendo, entre otras, la coordinación de los cuidados, las evaluaciones físicas, los exámenes psicológicos, la educación, las remisiones y las intervenciones de enfermería en consonancia con el ámbito de práctica de Nurse Home Visiting (visitas de enfermería a domicilio).

Le autorizo al departamento de Salud Pública del condado de Clackamas a documentar mis citas en el sistema de expedientes médicos OHCIN EPIC (siglas en inglés de Oregon Community Health Information Network) . Además, le doy permiso al departamento de Salud Pública del condado de Clackamas para recopilar datos conforme a la autoridad de Salud de Oregon, y enviarlos a la base de datos Tracking Effectiveness of Home Visiting in Oregon (efectividad de rastreo de las visitas a domicilio en Oregon- siglas en inglés THEO).

Entiendo que tengo derecho a recibir información sobre los exámenes, la educación, la coordinación y las remisiones que se están realizando en mi nombre o en el de mi hijo(a).

Entiendo que puedo interrumpir el acuerdo cuando lo desee.

Autorización relativa al pago

Entiendo que los servicios se prestarán independientemente de que tenga o no seguro médico.

Por medio de la presente autorizo y solicito que el pago de los servicios de Medicare, Medicaid y/u otros planes de seguro o pagadores se haga en mi nombre a Clackamas County Public Health (departamento de Salud Pública del condado de Clackamas). Por la presente cedo al departamento de Salud Pública del condado de Clackamas todos los pagos por servicios de tratamiento.

Le autorizo al departamento de Salud Pública del condado de Clackamas a darles a mis compañías de seguros toda la información necesaria para procesar las reclamaciones de seguros. Autorizo que cualquier pago de mis compañías de seguros se le pague directamente al departamento de Salud Pública del condado de Clackamas.

Le autorizo al departamento de Salud Pública del condado de Clackamas a divulgar a las compañías de seguros cualquier información de tratamiento necesaria para procesar mis reclamaciones.

Aviso de prácticas de privacidad y otros materiales

He recibido el Aviso de prácticas de privacidad de Clackamas e información sobre mis derechos y responsabilidades, el proceso de quejas, la confidencialidad, los riesgos y beneficios del tratamiento y las opciones de servicio ofrecidas por el departamento de Salud Pública del condado de Clackamas.

Firma del paciente o de su representante

Nombre en letra de molde del paciente/representante del paciente

Fecha

Relación del representante con el paciente

Según la legislación de Oregon

Cualquier menor de edad puede dar su consentimiento sin notificárselo a sus padres o tutores para recibir servicios de control de la natalidad o tratamiento de infecciones de transmisión sexual. Un menor de 14 años o más puede dar su consentimiento para recibir tratamiento de salud mental o por abuso de sustancias, sin notificárselo a sus padres o tutores.

Cualquier menor de 15 años o más puede dar su consentimiento para recibir un tratamiento médico sin notificárselo a sus padres o tutores. ORS 109.610, 109.640, 109.675